

LE TRAITEMENT
CHIRURGICAL CONSERVATEUR
DES OTITES
MOYENNES CHRONIQUES SUPPURÉES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 14 MAI 1943

PAR

BERNARD ANCEY

Né à Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), le 17 Septembre 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	{	MM. TERRACOL, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseeurs.</i>
		DEJEAN, Professeur.		
		ROUX, Agrégé,		
		HARANT, Agrégé.		

YVES DEMAILLY
Editeur
8, rue Georges Maertens
LILLE

1943

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 30

LE TRAITEMENT
CHIRURGICAL CONSERVATEUR
DES OTITES

MOYENNES CHRONIQUES SUPPURÉES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 14 MAI 1943

PAR

BERNARD ANCEY

Né à Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), le 17 Septembre 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. TERRACOL, Professeur, *Président*.
DEJEAN, Professeur.
ROUX, Agrégé,
HARANT, Agrégé.

Assesseurs.

YVES DEMAILLY

Editeur

8, rue Georges Maertens
LILLE

—
1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires ;

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>asses.</i>
—	N ..
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

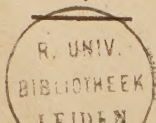
MM. TÉDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES,
BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.		MM.
Chimie	MONNIER, <i>agrégé</i>	Cl. de la tubercul. VIDAL, <i>professeur</i>
Microbiologie	CARRERE, <i>agrégé</i>	Pathologie chir... MOURGUE-
Hist. nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i>	MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i>	— — TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médic.	BOUCOMONT, <i>ag.</i>	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
—	BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opérat. ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements .. CADERAS
Clinique interne	PUECH, <i>profes.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>
Cl. des mal. cont.	JANBON, <i>profes.</i>	Stomatologie..... HOUPERT, <i>Dr.</i>

Agrégés en exercice

MM.		MM.	
Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL-
—	LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	—	ROUX.
Chimie.....	MONNIER.	Urologie.....	TRUC.
Bactériologie.....	CARRERE.	Accouchements ..	CADERAS
Hist. nat. médic.....	HARANT.		de KERLEAU.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS.

A MA GRAND'MÈRE.

A MA MÈRE, A MON PÈRE.

Leur vie est un exemple pour moi et j'ai toujours
trouvé auprès d'eux un appui sans réserve.

A MA FEMME.

A MA FILLE DOMINIQUE.

A MON FRÈRE ET AUX SIENS.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE DES TROUPES
COLONIALES ANDRIEU,

Médecin-Chef du Service d'Oto-rhino-laryngologie de
l'Hôpital Michel Lévy à Marseille,

Qui a bien voulu nous confier ce sujet de thèse et
nous instruire de son expérience.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL,

Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et dont les conseils nous ont permis de mener à bien ce travail.

A MON JURY DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEJEAN.

Professeur de clinique d'ophtalmologie.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX,

Professeur agrégé de Médecine opératoire.

MONSIEUR LE DOCTEUR HARANT,

Professeur agrégé d'histoire naturelle médicale.

Introduction

Parmi les affections de l'oreille moyenne, les *otites moyennes suppurées chroniques* sont les plus fréquentes et les plus importantes, aussi bien à cause des altérations de l'ouïe qui en résultent que des complications graves et même mortelles qu'elles peuvent occasionner. Leur traitement a donc un double but : d'une part l'amélioration ou conservation d'une partie de l'audition, d'autre part tarir ou modifier une suppuration qui a plus ou moins détruit le tympan, altéré les osselets, les parois osseuses de la caisse et les cavités annexes de l'oreille.

Notre sujet n'est pas nouveau et notre travail en suit d'autres qui sont d'importance ; nous avons voulu cependant ajouter une pierre à cet édifice. Un certain nombre de cas d'otites moyennes suppurées chroniques ont été traités dans le service de l'hôpital militaire Michel Lévy à Marseille depuis décembre 1940, et ce sont les résultats obtenus que le Médecin en Chef de 2^e classe des Troupes coloniales ANDRIEU, Médecin-Chef du service, nous a fait le très grand honneur de bien vouloir nous confier pour les exposer ici.

Rappel Historique

C'est SCHWARTZE qui, le premier, s'attaqua aux lésions osseuses qui provoquent l'otorrhée. En 1875, il pratiquait la trépanation de l'antre mastoïdien, suivant la technique opératoire qu'il avait mise au point pour les cas de mastoïdite aiguë. Puis à l'aide d'un clou de plomb, maintenu dans le trajet de l'antrotomie réalisée, il entretenait une fistule jusqu'à la guérison apparente des lésions. Mais là s'arrêtait l'opération.

Selon LERMOYEZ, ce furent les chirurgiens qui les premiers mirent les otologistes sur la voie qu'ils cherchaient depuis des années, et, en 1888, à Berlin, KUSTER et BERGMANN tentèrent d'étendre vers la caisse l'antrotomie classique de SCHWARTZE. Il s'agissait donc là d'une marche d'arrière en avant. Le pavillon était rabattu en avant et la paroi postérieure du conduit réséquée. Mais cette opération était encore insuffisante, car si l'antre et l'aditus y étaient mis à nu, l'attique n'était pas ouvert.

C'est en 1890 à l'Université de Halle que STACKE essayant de prolonger jusqu'à l'attique les opérations intéressant la caisse seule, décollait le pavillon et après l'incision postérieure du conduit et du tympan, enlevait les osselets, puis réséquait le mur de la logette et mettait à nu l'aditus. Dans sa progression d'avant en arrière, cette opération mettait à plat l'attique et l'aditus, mais l'antre n'était pas ouvert.

ZAUFAL en 1891, à Prague, combina ces deux opérations insuffisantes et réalisa l'évidement pétro-mastoïdien total classique qui comportait donc : une atticotomie par voie rétro-auriculaire ou opération de Stacke et une antrotomie ou opération de Schwartz.

L'évidement pétro-mastoïdien total encore appelé « cure radicale » (et qu'il vaudrait mieux dénommer « cure chirurgicale ») se proposait trois buts :

- 1° Trépaner l'antre, les cellules mastoïdiennes et l'attique ;
- 2° Réunir les deux cavités en une par l'abrasion de la paroi postérieure du conduit ;
- 3° Enlever les osselets plus ou moins lésés et curetter la caisse.

Dans cette opération le chirurgien procède d'abord de la caisse vers l'antre en pratiquant l'ablation du mur de la logette et celle des osselets qui occupent l'attique ; si l'aditus et l'antre paraissent atteints, on évide alors jusqu'à l'antre. Puis procédant de l'antre vers la caisse, il supprime progressivement le pont osseux, séparant l'antre de la caisse. Cette technique ou procédé de Stacke a été préférée au procédé de Schwartz où l'ouverture de l'antre se fait classiquement dans la zone de Henlé, par le fameux carré d'attaque délimité par cet auteur, pour aborder ensuite la caisse d'arrière en avant.

Un troisième procédé fut ensuite découvert, il est appelé procédé de Wolf. Le professeur MOURE, de Bordeaux, revendiqua la paternité de ce procédé, employé par lui de façon constante depuis 1894, alors que Wolf ne l'aurait tenté qu'une seule fois en 1887, sur le cadavre, pour extraire les osselets. Il présente à ses yeux un gros avantage : l'existence d'un repère fixe, le canal tympano-mastoïdien, alors que l'antre n'est qu'un repère variable. Il consiste à ouvrir la mastoïde, non plus au point d'élection, mais dans l'angle postéro-supérieur du conduit osseux. On agrandit excentriquement ce pôle postéro-supérieur du conduit en évidant en haut et en arrière pour découvrir l'antre.

L'acte essentiel de l'évidement pétro-mastoïdien, la communication attico-antrale par suppression du mur de la logette, est presque fait par la seule recherche du canal : le mur est aux trois quarts enlevé, il ne reste qu'un léger pont à supprimer pour réaliser ce temps capital. De plus, par ce procédé, on évite, sauf dans des cas exceptionnels, l'ouverture accidentelle du sinus latéral.

Enfin une variante est venue clore le chapitre des différentes techniques de l'évidement pétro-mastoïdien total, celle de Hautant qui pratique l'attaque simultanée de l'antré, de l'aditus et de l'attique.

Reine incontestée du traitement chirurgical des otites moyennes suppurées chroniques, la cure radicale, plus brièvement appelée « la radicale » devait dominer pendant vingt ans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques. Mais elle n'était pas sans inconvénients. Son principe même, la suppression totale du foyer de suppuration réalisait du même coup la suppression de l'oreille moyenne, c'est-à-dire la perte fonctionnelle totale de l'oreille moyenne. De plus on assistait, chez les évidés, à une diminution progressive de la sensibilité labyrinthique qui conduisait en quelques années à une surdité totale de l'oreille opérée. La suppuration n'était pas vaincue pour autant : nombreux étaient les opérés qui continuaient à présenter dans un foyer opératoire plus ou moins épidermisé, une suppuration gênante, si elle était sans danger.

Ces inconvénients et ces insuccès devaient amener une réaction en faveur d'opérations moins mutilantes : c'est SOURDILLE qui, en 1915, dans sa thèse, consacra cette réaction en présentant ses observations d'évidement partiel.

*
* *

Dès décembre 1904, un Anglais, HEATH, avait présenté à la Société otologique de Londres un procédé opératoire qu'il désigna sous le nom « d'opération radicale modifiée ».

Ce procédé comportait le maintien du tympan, de son

cadre osseux et des osselets qui devaient conserver l'audition. Le mur de la logette n'était pas réséqué. Il s'agissait en somme d'une « *trépanation mastoïdienne élargie* ». Ouvrant l'antré et l'aditus, elle permettait ensuite de traiter médicalement l'attique par la brèche mastoïdienne.

SOHIER-BRYANT, à New-York en 1905, étudia à son tour cette méthode, puis BALLENGER, ELLET et KOPETZKI, de 1908 à 1909 ; BONDY à Vienne en 1908, lui apporta une modification : la suppression systématique de la paroi externe de l'attique. MAHU l'introduisit en France en 1910, sous le nom d'évidement partiel. Puis P. BONCOUR, en 1912, dans les *Annales des maladies de l'oreille*, exposait les différentes techniques jusqu'alors proposées. Cette méthode fut rejetée par le Congrès otologique international de Boston, en 1912, en tant que méthode capable de se substituer à la radicale.

A cette époque LERMOYEZ et SOURDILLE commencent à étudier la question, et, en 1915, SOURDILLE, dans sa thèse sur l'atticotomie trans-mastoïdienne ou évidemment pétro-mastoïdien partiel, publie un certain nombre d'observations au sujet de cette opération encore appelée « radicale conservatrice » ; ce qui la différencie de la radicale modifiée, c'est la résection totale systématique de la paroi externe de l'aditus et du mur de la logette. Elle entraîne la disparition du cadre osseux du tympan dans sa partie supérieure.

La position alors adoptée par cet auteur à l'époque est la suivante :

1° — La radicale modifiée doit être réservée aux seules suppurations antrales pures fistulisées dans le conduit (fistule de GELLÉ) car les lésions sont localisées à la mastoïde et la trépanation mastoïdienne élargie, qui supprime toutes les lésions de cet apophyse, acquiert la valeur d'une cure radicale. L'attique et la caisse restent intactes et l'audition ne peut qu'être améliorée.

2° La radicale conservatrice, ou évidemment pétro-mastoïdien partiel n'a également qu'une seule indication : des

suppurations de Shrapnell pures. Dans ce cas, en effet, la rupture du ligament externe du marteau a entraîné l'accolement de la cloison ossiculaire à la paroi interne de la caisse. Les lésions sont situées dans l'antre, l'aditus et l'attique externe, à la face interne du mur et à la face externe de la cloison : l'opération de Sourdille exposera ces cavités malades et facilitera l'action de topiques médicamenteux qui pourront amener la cicatrisation des lésions. L'audition ne pourra qu'en être améliorée.

3^e Mais dans le cas de suppuration attico-antrale, avec perforation de la membrane du tympan, — mises à part celles de l'antre et de l'aditus, — les lésions étant situées à la face interne de la cloison ossiculaire et sur la paroi interne de la caisse, leur exposition nécessitera la suppression de ces osselets, c'est-à-dire l'évidement complet. En supposant même que l'opération économique de SOURDILLE ait pu tarir la suppuration et que la chaîne des osselets soit restée intacte, une fibrose progressive ne tardera pas à ankyloser ces osselets, à bloquer les fenêtres et à entraîner la surdité redoutée.

En 1930, Sourdille devait présenter une modification de sa technique : il conservait le même dispositif osseux et ossiculaire, mais avec un lambeau plastique interne à charnière supérieure recouvrant les osselets, fermant l'attique, et complété par une large plastique du conduit et du méat avec fermeture rétro-auriculaire. Les principales indications de ce procédé sont les otorrhées sub-aiguës, muqueuses, relativement récentes, sans altération profonde des osselets, soit avec perforation tympanique, soit avec perforation de la membrane de SHRAPNELL, c'est-à-dire les cas où une simple antrotomie serait insuffisante, du fait des lésions atticales déjà constituées.

En 1939, SOURDILLE déclarait : « L'évidement partiel ne m'a procuré pendant 25 ans, dans le traitement des suppurations chroniques, qu'une aide peu fréquemment utilisable avec certitude ». Les causes d'échec de l'antro-atticotomie, imprévisibles et inévitables, sont au nombre de deux :

1° Il y a des suppurations chroniques, du type Shrapnell, qui comportent des lésions de la branche descendante de l'enclume, incontrôlables avant ou même pendant l'opération.

2° Les lésions atticales se prolongent en avant des osselets dans le récessus antérieur de l'attique ou siègent sur la paroi interne même de l'attique : et ces lésions aussi ne pourront être soupçonnées avant ni pendant l'opération si l'on n'enlève pas l'enclume et la tête du marteau.

Nous arrivons ainsi à la nouvelle technique proposée le 15 mai 1939, par RAMADIER.

L'ÉVIDEMENT ANTRO-ATTICAL

Cette opération se rapproche un peu de l'évidement *subtotal* de LERMOYEZ (1921), qui est une antro-atticotomie avec ablation de l'enclume si elle est malade et conservation autant que possible du tympan.

Ici l'évidement antro-attical consiste, en effet, à :

1° Ouvrir l'antre et l'attique ;

2° Réséquer, systématiquement, l'enclume et la tête du marteau.

La cavité de l'oreille moyenne se présente alors à un contrôle parfait qui permettra de traiter toute lésion ostéitique ou cholestéatomateuse localisée à l'attique.

Cette intervention est fondée sur deux acquisitions intéressantes au point de vue fonctionnel :

1° La théorie de la continuité nécessaire de la chaîne des osselets n'est plus admise.

2° Si l'on enlève l'enclume malade, et quelquefois même une enclume saine et si l'on respecte les vestiges du tympan, sans curetter la caisse, on constate très souvent une amélioration de l'audition.

Il apparaît en effet, une fois de plus, que c'est le processus fibreux qui fait suite au curettage, qui entraîne la surdité.

Les indications opératoires:

Ce sont, d'après RAMADIER :

a) les caries de l'enclume avec ou sans lésion d'attico-antrite concomitante ; les lésions ossiculaires importantes portant à la fois sur le marteau et sur l'enclume, toujours accompagnées de lésions antro-atticales ;

b) les atticites isolées, avec ou sans lésion des osselets.

Il n'y aura pas de contre-indication dans les cas de large destruction tympanique ou ossiculaire, d'attico-antrite compliquée de polypes du conduit auditif externe, de cholestéatomes limités de l'antre ou de l'attique. (Ceux étendus à l'atrium relevant en principe de l'évidement total).

Le jeune âge, de 10 à 17 ans, ne constituerait pas non plus une contre-indication.

Il faudrait enfin éviter cette opération dans les cas de lésions bourgeonnantes diffuses de la caisse ou de troubles labyrinthiques, tels qu'une surdité du type oreille interne ou des vertiges.

La technique opératoire:

Elle sera la suivante :

1° Trépanation de l'antre suivant la technique de Hautant ;

2° Prendre soin du conduit auditif externe en évitant de traumatiser le cercle tympanal, les attaches ligamentaires et ce qui reste du tympan ou de la membrane de Shrapnell ;

3° On pratiquera l'ouverture supérieure de l'attique externe comme le fait SOURDILLE : résection prudente du mur de la logette dans sa partie haute, puis abrasion du mur du facial au bec ;

4° Dans tous les cas où le cadre tympanal est indemne, il faudra le respecter dans toute son étendue, c'est-à-dire éviter la rupture totale du pont, rupture réalisée par SOURDILLE en avant de la tête du marteau ;

5° On traite donc les lésions atticales en gardant à la caisse un couvercle suffisant. De même, la membrane de Shrapnell est respectée dans les cas favorables ;

6° On pratiquera l'ablation de l'enclume à moins que sa branche horizontale ne soit pas vue dès l'ouverture de l'auditus, ce qui traduit la destruction totale de cet osselet ;

7° On peut essayer, comme le préconise Alain GASTON, de sectionner le col du marteau, cependant l'ablation complète de cet osselet n'a pas paru gêner la récupération fonctionnelle précoce (observation n° 8) ;

8° On curettera les foyers de cellules mastoïdiennes s'ils existent. On appliquera des poudres de sulfamides dans la cavité d'évidement.

RAMADIER évite, entre autre, à la manière d'EYRIÉS l'ouverture plastique du conduit auditif membraneux, ce qui simplifie les suites opératoires.

Suites opératoires :

Le drainage post-opératoire est prolongé jusqu'à l'assèchement relatif du conduit. On fait des irrigations de la caisse et de l'attique par le conduit avec la canule de Hartmann.

A la suite de ces interventions, les petites perforations cicatrisent totalement sans adhérences rétractiles. En cas de larges perforations, les vestiges du tympan restent et l'armature ostéo-ligamentaire du marteau permet d'éviter les cicatrices rétractiles avec adhérences du promontoire. L'épidermisation du fond de la caisse s'établit souvent rapidement.

Résultats fonctionnels :

On observe en général un gain rapide de l'acuité auditive après l'opération, suivie d'une légère diminution au bout de quelque temps.

La destruction tympanique plus ou moins totale et les amputations du manche du marteau ne paraissent pas jouer beaucoup dans la récupération auditive post-opératoire.

*
* *

Tels sont les divers procédés chirurgicaux de cure des otites moyennes suppurées chroniques : *la radicale*, première en date, mais par trop mutilante, a fait place à la *radicale conservatrice* de SOURDILLE. Cette dernière, souvent suivie d'insuccès, est actuellement supplantée par l'*évidement antro-attical* de RAMADIER d'une conception à la fois économique et plus chirurgicale, car elle réalise l'exposition complète des lésions ostéitiques.

La mastoïdectomie élargie qui n'est autre que l'opération de Heath, loin d'être abandonnée, a vu ses indications jusque là limitées aux fistules de Gellé étendues à des cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, avec perforation tympanique : il suffira au cours de l'opération de se laisser guider par les lésions, quitte à compléter, si besoin, au cours de l'intervention, une opération commencée économiquement.

Observations

Elles sont de trois ordres :

- 1° Observations se rapportant à des séquelles opératoires;
- 2° Observations se rapportant à des évidements antro-atticaux ;
- 3° Observations se rapportant à des mastoïdectomies élargies.

1^{ère} CATÉGORIE D'OBSERVATIONS

Observation N° 1

C... Roland, entré le 13 Novembre 1942.

Séjour de 2 mois au Maroc. Un an en A. O. F. Rapatrié sanitaire de Dakar, après évidemment pétro-mastoidien droit.

Antécédents personnels : Broncho-pneumonie, varicelle, coqueluche, rougeole, oreillons, dans l'enfance. Actuellement convalescent de fièvre typhoïde. Père décédé des suites de guerre. Mère décédée de tuberculose pulmonaire.

Histoire de la Maladie : otite moyenne droite le 9 Mars 1941 : guérie. Nouvelle otite droite en Novembre 1941, pendant son séjour à Segou ; hospitalisé à Bamako, du 1^{er} au 31 Décembre 1941 ; puis a regagné Segou. Dès son retour il a recommencé à souffrir de douleurs accompagnées de céphalées et de vertiges. Réhospitalisé au Point G (Bamako) le 11 Février, il a été transaté sur l'hôpital principal de Dakar le 2 Mars 1942 avec le diagnostic : otite moyenne chronique, avec ostéite de la caisse et atteinte du facial.

A l'arrivée à Dakar, le malade présente des signes de mastoïdite chronique avec parésie du facial et névralgies. Le 7 Mars, on fait une mastoïdectomie totale complétée par un évidement pétro-mastoïdien. La plaie n'est pas suturée. Dans les semaines qui suivent les signes d'atteinte nerveuse régressent puis disparaissent complètement. Le 23 Mars, il subit une nouvelle intervention pour refaire la plastie de la cavité d'évidement. Pas de tendance à la cicatrisation.

Le malade est rapatrié. Il est hospitalisé, du 27 Août 1942 au 13 Novembre 1942, à l'hôpital auxiliaire Labadie pour fièvre typhoïde.

Examen des oreilles

Oreille gauche : normale.

Oreille droite : Suppuration de la cavité d'évidement. Signe de la fistule positif au porte-coton.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 ^m 20	5 ^m
Voix haute :	4 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 7 "	+ 30 "
» de Schwabach :	15 "	20 "

Bourdonnements de l'oreille droite. Appareil vestibulaire : pas de troubles spontanés. Cavum et pharynx normaux.

Cette observation se range dans les cas d'opérations d'urgence pour une otorrhée compliquée d'une ostéite pariétale de la caisse et d'une paralysie faciale. Le but principal proposé et atteint était ici la sauvegarde de la vie du malade et de son facial. Il n'en reste pas moins que tous les inconvénients de cette opération radicale se rencontrent ici : la persistance de la suppuration plus de 9 mois après l'opération et la diminution notable de l'audition surtout à la voix chuchotée.

Observation N° 2

B... Saïfa. Entré le 11 Novembre 1941.

Antécédents : Otorrhée droite, vertiges ayant un caractère

subjectif. Le malade a subi une mastoïdectomie en mai 1941 et un évidement pétro-mastoïdien droit le 10 Juin 1941.

Etat actuel : Température 38°. Allégation de vertiges intermittents lors de la marche.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0	3 ^m
Voix haute :	0	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 12 (absolu)	+ 15 "
» de Schwabach :	12 "	12 "

Oreille droite : On constate une suppuration d'abondance moyenne et deux plages bourgeonnantes.

Oreille gauche : Tympan cicatriciel sans perforation.

Appareil vestibulaire : Troubles spontanés. Vertiges, Romberg négatif. Pas de nystagmus. Marche aveugle : pas de déviation. Pas de signes cérébelleux. Le 13 Décembre 1941, examen du fond d'œil : normaux, mais hypertension de l'artère rétinienne (50-56).

Troubles provoqués : Epreuve de Kobrak avec 15 cm³ d'eau à 20° : oreille gauche, temps de latence 5", durée du nystagmus 100", tendance à la chute à gauche ; oreille droite : temps de latence 0, nystagmus violent pendant 120", chute à droite.

Ponction lombaire le 18 Novembre 1941 : liquide clair. Cytologie : deux cellules par millimètre cube. Albumine 0 g. 25 pour 1000. Sucre 0 g. 50 pour 1000. Pas de germe, culture stérile.

L'examen du système nerveux est négatif.

Conclusions.

Hyperexcitabilité du labyrinthe droit, non protégé par la caisse du tympan.

Cette observation se range comme la précédente dans la catégorie des séquelles d'évidement pétro-mastoïdien total : six mois après l'opération le malade complètement sourd de l'oreille opérée n'a toujours pas épidermisé sa cavité d'évidement qui continue à suppurer. Si sa vie n'est pas mise en danger, il n'y en a pas moins là une infirmité gênante

accompagnée de troubles vertigineux en rapport avec l'exposition de son labyrinthe aux excitations du milieu extérieur.

Observation N° 3

R.. Albert, 36 ans, maître tailleur, rapatrié d'Allemagne pour séquelles d'évidement pétro mastoïdien droit.

Le malade a présenté en Février 1940, une otite suppurée droite et en Septembre 1942 une otite suppurée gauche qui a duré 1 mois et demi. L'otite moyenne suppurée droite passée à la chronicité fut traitée en Septembre 1942 par un évidement pétro-mastoïdien total. Depuis lors la suppuration persiste et la surdité est très forte à droite. Des vertiges intermittents sont apparus après l'opération et sont allés en diminuant de fréquence depuis cette époque ; ils sont cependant toujours provoqués par le lavage de la cavité.

Entré le 11 Mars 1943, le malade présente l'audition suivante :

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0	0 ^m 40
Voix haute :	0	4 ^m
Epreuve de Weber :	←———	
» de Rinne :	— 3" (absolu)	=
» de Schwabach :	3"	5"
Inducteur de Foy :	0	20
Réflexe cochléo-phonatoire :	faiblement positif	négatif

Examen des oreilles

Oreille droite : La cavité d'évidement est bien épidermée au niveau de l'antre et de l'aditus, mais on note une suppuration muqueuse de la caisse.

Oreille gauche : Tympan cicatriciel, déprimé, adhérent par sa portion antérieure.

Fosses nasales : normales, légère déviation de la cloison à gauche.

Cavum : Rhinopharyngite catarrhale chronique, muqueuse épaisse et tapissée de muco-pus.

Examen vestibulaire

Vertiges assez rares, accompagnés de tendance à la chute à droite. Normalement pas de trouble notable de l'équilibre, pas de nystagmus spontané. Epreuve de Romberg : tendance à la chute à droite et en arrière. Marche aveugle : pas de déviation.

Le malade est presque complètement sourd du côté opéré, mais le sacrifice de l'oreille moyenne n'a pas été suivi pour autant d'un assèchement complet de la suppuration ; car, si les lésions ostéitiques ont été guéries par cette cure radicale, il n'en persiste pas moins une suppuration muqueuse de la caisse.

Observation N° 4

C... Maurice. Entré le 24 Mai 1941.

Malade atteint d'otites à répétition depuis l'enfance. Mastoïdite aiguë droite trépanée en avril 1939. Il entre pour une otite moyenne aiguë droite, avec mastoïdite récidivante. Il a présenté, il y a trois semaines, une rhino-pharyngite aiguë à la suite de laquelle il a présenté une otite aiguë avec fistulisation de la cicatrice mastoïdienne.

Examen

Oreille droite

Suppuration abondante par une grande perforation inférieure. La cavité antrale est fistulisée à la partie supérieure de la cicatrice.

Oreille gauche

Importante perforation inférieure du tympan. Pas de suppuration.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	4 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←————	————→
» de Rinne :	—	—

Fosses nasales et cavum : normaux.

Traité par des lavages au liquide de Dakin. Désinfection du nez.

Le 17 Juin 1941, le malade présente dans le service une congestion pulmonaire de la base gauche. Le 10 Juillet 1941, on constate une persistance de l'écoulement muco-purulent par l'oreille droite et de la fistule mastoïdienne.

Le 31 Juillet 1941, intervention chirurgicale : Mastoïdectomie élargie.

Exploration de la cavité de trépanation ancienne : os éburné.

Pas de foyer d'ostéite, dans les régions antrale et sous-antrale. Fongosités dans l'aditus. Résection de la paroi externe de l'aditus, jusqu'à l'attique repéré par l'enclume. Curettage de l'aditus. Ablation de la paroi postérieure du conduit. Conservation du cadre tympanal.

L'attique paraissant sain, le mur de la logette est conservé, Poudre septoplax, drain en caoutchouc. Le 1^{er} Octobre 1941, persistance d'une fistule mastoïdienne avec pus filant et muqueux.

Le 14 Octobre 1941, présence de polypes dans la caisse. La mobilisation d'un polype par le porte-coton produit une sensation vertigineuse. Pas de signe de la fistule par compression d'air dans le conduit.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	4 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	—————>	
» de Rinne :	— 10"	— 8"
» de Schwabach :	15"	15"

Le 20 Octobre 1941, la plaie opératoire mastoïdienne est cicatrisée.

Perforation du tympan gauche avec suintement intermittent de la caisse.

Etat général médiocre. A la radiographie, le sinus costodiaphragmatique gauche est comblé. Le 25/10/41, le malade présente une rhino-pharyngite aiguë avec récurrence d'otite droite. Il se produit une fistulisation de la cicatrice mastoïdienne.

Le 11 Novembre 1941, le malade quitte le service ; la plaie mastoïdienne est cicatrisée.

Cette observation est intéressante du fait qu'il s'agit d'un cas de chronicité de la suppuration, qui a résisté à des traitements chirurgicaux successifs et en rapport avec une imprégnation bacillaire probable : dans les antécédents familiaux de ce malade, on relève en effet une mère et des sœurs suspectes de bacillose. Lui-même a présenté dans le service, en cours de traitement, une congestion pulmonaire de la base gauche. Son état général médiocre s'accompagne à la radiographie d'un sinus costo-diaphragmatique gauche comblé. Ce cas illustre une fois de plus le fait que les otorrhées chroniques peuvent reconnaître comme cause favorisante un terrain tuberculeux ou même simplement l'imprégnation bacillaire.

2^{ème} CATÉGORIE D'OBSERVATIONS

Observation N° 5

U... François. Entré le 21 Décembre 1940, rapatrié sanitaire du Levant en 1940 pour otite moyenne suppurée chronique gauche réchauffée.

Antécédents : Otite chronique ancienne bilatérale traitée par des lavages de l'attique.

Examen

Oreille droite

Importante perforation postéro-supérieure avec débris de cholestéatome.

Oreille gauche

Importante perforation centrale. Ecoulement muco-purulent.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 m 30	5 m
Voix haute :	1 m 50	5 m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	—	+

Le 9 Avril 1941, ablation par le conduit d'un volumineux cholestéatome ayant usé le mur de la logette et pratiqué un évidement pétro-mastoïdien spontané du côté droit. Le malade présente une céphalalgie persistante ; ses sinus sont normaux.

Le 23 Mai 1941, le malade sort de l'hôpital. Il rentre à nouveau le 2 Avril 1942 pour *otite gauche suppurée*.

La reprise de l'écoulement date alors de deux mois. Elle s'est effectuée à la suite d'une rhinite violente. Le malade présente des céphalées. L'audition est la suivante :

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 ^m 20	5 ^m
Voix haute :	2 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 30" (absolu)	+ 10"
» de Schwabach :	30"	28"

Oreille droite

La cavité d'évidement spontané est sèche.

Oreille gauche

Écoulement muco-purulent fétide. Céphalée temporale gauche intermittente.

Le 30 Avril 1942, intervention chirurgicale (anesthésie de base + anesthésie locale) : évidement antro-attical. Attaque de la mastoïde par le procédé de Wolf. Exploration de la mastoïde : pus dans les cellules sus-antrales et apicales. On pratique la résection de l'apex. Un volumineux cholestéatome occupe l'antre, l'aditus, et la partie postérieure de l'attique.

La résection de la paroi externe de l'aditus est faite. Les osselets sont détruits, il ne persiste que la tête du marteau qui est enlevée. On constate une fistule du canal semi-circulaire externe, avec signe d'Ewald au porte-coton. La dure-mère est dénudée au plafond de l'aditus et de l'attique. Le cadre tympanal est conservé.

Poudre septoplax dans la cavité d'évidement. Mèche.

Les suites opératoires sont bonnes, et le 10 Juin 1942 le malade accuse une baisse de l'audition des sons aigus. La

caisse est sèche. Le 30 Mai 1942, la plaie opératoire est cicatrisée. L'audition est la suivante :

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	Contact	1 ^m
Voix haute :	2 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	← —	
» de Rinne :	30" (absolu)	+ 6"
» de Schwabach :	30"	20"

Le malade sort le 11 Septembre 1942.

Cette observation d'otorrhée double, l'une à perforation postéro-supérieure, l'autre à perforation centrale, s'accompagne de cholestéatome des deux côtés. C'est un exemple que la réputation des perforations centrales du tympan n'est peut-être pas aussi bonne qu'on veut l'admettre en général. C'est également l'Observation type de l'indication à pratiquer une intervention aussi conservatrice que possible : l'oreille droite entend mal, mais la vie du malade n'est pas immédiatement menacée. Par l'évidement antro-attical, pratiqué malgré la présence d'un cholestéatome, on a obtenu deux mois après l'intervention une caisse sèche et un résultat fonctionnel qui n'est pas mauvais puisque la voix chuchotée est encore entendue à un mètre.

Observation N° 6

I... Entré le 23 Décembre 1941, avec le diagnostic de récidi-
vide d'otorrhée gauche.

Examen

Oreille gauche

Suppuration abondante avec importante perforation centrale du tympan.

Oreille droite

Tympan cicatriciel sans perforation.

Après un traitement de deux mois : dagénan, lavages d'oreille à l'alcool boriqué et mercurochrome, le malade sort de l'hôpital avec un écoulement presque tari. Mais il est réhospitalisé pour le même motif le 5 Mars 1942. La radio-

graphie des mastoïdes montre un aspect flou, irrégulièrement densifié et cotonneux de la région pétro-mastoidienne gauche, avec disparition des détails de structure : lésions de mastoïdite chronique.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	4 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	→	
» de Rinne :	+ 10"	+ 5"
» de Schwabach :	30"	25"

Le 31 Mars 1942, intervention chirurgicale, sous anesthésie de base + anesthésie locale.

Evidement antro-attical. — Attaque de la mastoïde par le procédé de Wolf. Présence de fongosités dans l'antre. On met à nu le sinus latéral à son coude supérieur et la dure-mère au toit de l'aditus, on résèque la paroi externe de l'aditus et l'on pratique l'ablation de l'enclume peu altérée. Le cadre tympanal est conservé. Poudre de dagéan dans la cavité d'évidement. Mèche. Pas de plastique.

Suites opératoires immédiates : suintement très fétide du conduit. On pratique des lavages de l'attique au liquide de Dakin tous les deux jours.

Le 18 Mai 1942, on note la disparition de la fétidité mais la persistance de la suppuration de la caisse. La cavité d'évidement est comblée et cicatrisée. L'ablation du marteau est faite par le conduit.

Le 18 Juin 1942, on note la persistance du suintement muqueux non fétide de la caisse, on pratique deux séances par semaine d'application locale de rayons ultra-violet.

Le 11 Juillet 1942, oreille gauche ; la caisse est humide.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	→	
» de Rinne :	+ 20"	+ 10"
» de Schwabach :	20"	25"

Le malade sort le 18 Juillet 1942 ; on note toujours la

persistance d'un suintement muqueux non fétide de la caisse.

Ce cas d'otorrhée unilatérale avec perforation centrale du tympan s'accompagnait de lésions ostéitiques antrales ; l'enclume peu atteinte a été enlevée suivant la technique de l'évidement antro-attical de Ramadier, la persistance d'une suppuration de la caisse, qui avait d'ailleurs perdu son caractère de fétidité, a amené l'opérateur à enlever secondairement le marteau par la voix du conduit. S'il persiste quatre mois après l'intervention un certain degré d'humidité, par contre au point de vue fonctionnel, le résultat est très bon puisque la limite de perception de la voie chuchotée s'est élevée de 4 à 5 mètres. En même temps le Rinne s'élevait parallèlement de + 5 à + 10 ''.

Observation N° 7

P... Gustave. Entré le 2 Avril 1942. Blessé à la cuisse par éclat d'obus en Syrie, le 13 Juin 1941, il aurait eu son casque défoncé. A ce moment-là une otorrhagie gauche serait apparue, suivie d'un écoulement de pus, de céphalées et de vertiges. Il n'aurait jamais souffert des oreilles auparavant. Il entre pour *otite moyenne supurée chronique gauche*,

Après un épisode passager de parotidite ourlienne il est revu le 4 Février 1942 dans le service. Il accuse des douleurs dans la région temporale gauche.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	0 ^m 10
Voix haute :	5 ^m	1 ^m 50
Épreuve de Weber : Paradoxal	← ————— →	latéralisé à gauche après obstruction de l'oreille droite.
» de Rinne :	+ 15''	— 12'' (absolu)
» de Schwabach :	15''	12''

Oreille droite : tympan cicatriciel.

Oreille gauche : large perforation. Le tympan est presque entièrement détruit. La suppuration est peu abondante mais continue.

Fosses nasales : déviation de la cloison, en haut à gauche, en bas à droite.

Rhinoscopie postérieure : cavum libre, ébauche de queue de cloison.

Appareil vestibulaire : Le malade accuse des vertiges avec tendance à la chute à droite. Pas de nystagmus spontané.

Romberg : chute à droite quelle que soit la position de la tête. Marche aveugle : déviation à droite. Pas de déviation segmentaire des membres supérieurs.

Epreuve de Kobrak : 15 cent-cubes d'eau à 20°.

O. D. : latence 5" — durée du nystagmus 90", déviation à droite.

O. G. : latence 5" — nystagmus battant à droite pendant 90".

Tendance à la chute à droite lorsque le sujet se met debout ; par la suite, déviation à gauche.

Epreuve rotatoire : nystagmus battant normalement du côté du labyrinthe le plus excité pendant 30". A la marche, chute à droite.

La radiographie montre une mastoïde gauche uniformément floue dont les cloisons inter-cellulaires sont détruites.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	0 ^m 10
Voix haute :	5 ^m	1 ^m 50
Epreuve de Weber :	—————→	
» de Rinne :	+ 15"	— 12"
» de Schwabach :	18"	15"

Le 2 Juin 1942, on pratique une intervention chirurgicale sous anesthésie de base + anesthésie locale :

Evidement antro-attical : Ouverture de l'antre par le procédé de Wolf. La mastoïde est scléreuse, l'antre est petit. On résèque la paroi extérieure de l'aditus, siège de lésions d'ostéite. On pratique l'ablation de l'enclume et du marteau et le curettage du mur de la logette. Les osselets sont peu atteints. Seule l'extrémité inférieure de la branche descendante de l'enclume est malade. Pas de lésion d'ostéite des parois supérieure, inférieure et interne de l'attique. On verse de la poudre septoplax dans la cavité d'évidement. Les suites opératoires immédiates sont bonnes. Le 18 Juillet 1942, il persiste un écoulement muqueux non fétide, la plaie opé-

ratoire est cicatrisée ; on traite l'oreille par l'alcool boriqué.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	0 ^m 10
Voix haute :	5 ^m	2 ^m
Epreuve de Weber :	—————>	
» de Rinne :	+ 25"	— 10" (absolu)
» de Schwabach :	13"	10"

Les céphalées et les vertiges ont disparu. L'examen de l'appareil vestibulaire donne les résultats suivants : Chute à droite et en arrière. *Epreuve de Romberg* : déviation à droite dans la marche aveugle.

Le 27 Septembre 1942, le malade est revu, il n'y a plus l'écoulement de l'oreille, la muqueuse de la caisse est humide.

Comme dans l'observation précédente, cinq mois après l'intervention la caisse reste légèrement humide et l'audition n'est pas diminuée du fait de l'opération. De plus, les incidents d'irritation labyrinthique ont disparu.

Observation N° 8

G... Armand. Entré le 11 Novembre 1912.

Antécédents personnels : pas d'antécédents auriculaires avoués, bronchite au début de son service militaire. Famille bien portante, pas de sourds.

Le malade entre pour otite externe de l'oreille droite. L'affection actuelle aurait débuté il y a un mois par des douleurs dans l'oreille droite et de l'hypo-acousie.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 ^m 30	5 ^m
Voix haute :	1 ^m 50	5 ^m
Epreuve de Weber :	←————	
» de Rinne :	— 10"	+ 20"
» de Schwabach :	20"	25"

Examen

Oreille droite : perforation postéro-supérieure du tympan. Pus fétide. Pas de douleurs spontanées, mais une douleur

provoquée à la pression de la pointe et du bord postérieur de l'apophyse mastoïde.

Oreille gauche : Normale. Absence de troubles vestibulaires spontanés.

Nez : déviation haute de la cloison gauche non obstruante.

La température du malade est normale.

Le 24 Novembre 1942, le malade présente une hémicranie temporale droite avec une température à 37 ° 4. Il ne présente pas d'insomnie franche. Douleur à la pression de la mastoïde. L'otoscopie montre une suppuration assez abondante par la perforation postéro-supérieure dont les bords sont le siège de granulations. Le signe de la fistule est positif (vertiges et tendance à la chute à gauche). Radiographie des deux mastoïdes : les cloisons inter-cellulaires sont détruites à droite, les cellules sont nettes à gauche.

Le 27 Novembre 1942, le malade présente une rhino-pharyngite aiguë accompagnée d'une obscurité du sinus maxillaire droit à la diaphanoscopie et d'une poussée inflammatoire de l'oreille droite : le tympan est rouge, la suppuration assez abondante, on note une petite perforation centrale. Le malade accuse une sensation de pesanteur temporale droite. Sa mastoïde est sensible à la pression.

Diagnostic : Otite moyenne suppurée chronique droite actuellement réchauffée par une rhino-pharyngite aiguë.

Le signe de la fistule fait soupçonner l'usure du canal semi-circulaire externe par un cholestéatome.

Le 7 Décembre 1942, on note l'atténuation des phénomènes inflammatoires aigus. La perforation centrale du tympan est cicatrisée. Il y a un petit polype dans la perforation postérieure. On le cautérise à l'acide chromique. Le signe de la fistule persiste.

Le 14 Décembre 1942, l'audition est la suivante :

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 ^m 30	5 ^m
Voix haute :	3 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 10"	+ 20"
» de Schwabach :	20"	20"

La suppuration de l'oreille droite persiste.

Le 15 Décembre 1942, on pratique sous anesthésie locale une intervention chirurgicale :

Evidement antro-attical : Après incision et rugination de la corticale externe on trépane la mastoïde par le carré d'attaque; le sinus latéral est procident. La mastoïde est éburrée, sans cellules. On recherche l'antre par le procédé de Wolf : on ouvre à la fois un antre qui est minuscule et l'aditus. On met à nu la dure-mère au plafond de l'aditus. On effectue la résection de la paroi externe de l'aditus et de la paroi externe du conduit. On conserve le cadre tympanal. L'antre, l'aditus et la portion postérieure de l'attique sont le siège d'un cholestéatome. L'enclume n'est pas retrouvée, détruite vraisemblablement par le processus d'ostéite. On enlève le marteau qui paraît indemne et l'on curette le mur de la logette. exoseptoplix dans la cavité. Drainage par mèche, et mèche dans le conduit.

Premier pansement le 18 Décembre 1942 : exoseptoplix. Deuxième pansement et ablation des points le 22 Décembre 1942. Troisième pansement le 26 Décembre 1942. Le conduit auditif est sec. Quatrième pansement le 31 Décembre 1942; le conduit est toujours sec, on note un bourgeonnement intense de la cavité mastoïdienne. On pratique des attouchements au nitrate d'argent à 1 p. 20 de la cavité d'évidement et de la perforation tympanique.

Le 4 Janvier 1943 :

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 ^m 75	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	<—	
» de Rinne :	— 10"	+ 20"
» de Schwabach :	23"	18"

Le 28 Janvier 1943, la plaie opératoire est cicatrisée, le conduit auditif est sec, et l'on note de plus la cicatrisation de la perforation tympanique.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	3 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	+ 10"	+ 20"
» de Schwabach :	16"	16"

Cette observation particulièrement intéressante est le cas classique d'otorrhée avec perforation postéro-supérieure, présence d'un cholestéatome et signes de lésion du canal semi-circulaire externe.

Dans un cas de cette sorte l'évidement total semblait tout indiqué. L'évidement antro-attical, opération conservatrice par excellence, qui a été effectuée a donné des résultats remarquables : non seulement la suppuration a été tarie, et les signes labyrinthiques ont disparu, mais encore l'audition a été très améliorée puisque la limite de perception de la voie chuchotée s'est élevée de 0^m 30 à 3^m avec une élévation parallèle du Rinne qui est passé de — 10" à + 10". Notons enfin que la cicatrisation du tympan s'est faite en dépit de l'absence des osselets de la caisse. Cette cicatrisation paraît être de bonne qualité puisqu'elle a même résisté à un violent coryza du malade, avec réaction des sinus frontaux, moins de deux mois après l'intervention.

3^{ème} CATÉGORIE D'OBSERVATIONS

Observation N° 9

P... Pascal. Entré le 30 Juillet 1942. Sans passé auriculaire avoué. Le malade entre pour otite moyenne aiguë droite. Il a présenté vers le 20 Juin 1942 une otalgie droite avec suppuration.

Examen du malade :

On note une suppuration de l'oreille droite ; le malade accuse une hypoacousie de cette oreille avec une hémicranie droite entraînant de l'insomnie.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 20"(absolu)	+ 25"
» de Schwabach :	20"	15"

Oreille gauche : le tympan est cicatriciel avec de petites plaques calcaires dans le quadrant antéro-inférieur.

Oreille droite : On note la présence d'une perforation centrale en arrière du manche du marteau accompagnée d'un écoulement peu abondant, mais continu. La mastoïde est douloureuse à la pression. Il y a une légère déviation de la cloison à droite et des vestiges de végétations adénoïdes. La radiographie des mastoïdes montre un voile de la mastoïde droite, et la destruction des cloisons inter-cellulaires.

Diagnostic : mastoïdite chronique droite.

Une intervention chirurgicale est pratiquée le 4 Août 1942 sous anesthésie de base + anesthésie locale :

Mastoïdectomie élargie : Ouverture de la mastoïde par la carré d'attaque. On explore tous les groupes cellulaires sans trouver de foyers de suppuration. La mastoïde est éburnée, l'antre minuscule. On résèque la paroi externe de l'aditus et dans l'aditus on trouve une coque dure semblable à un morceau de noyau de cerise (peut-être s'agit-il de la paroi calcifiée d'un ancien cholestéatome ?) ; on met à nu la dure-mère au plafond de l'aditus. En l'absence d'autre lésion on laisse l'attique intact.

Poudre septoplax dans la cavité. Mèche.

Le 12 Septembre 1942, l'oreille droite est sèche, le tympan cicatrisé.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 ^m 10	5 ^m
Voix haute :	1 ^m 50	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 7"	+ 20"
» de Schwabach :	10"	20"

Le malade accuse des vertiges intermittents. Le 5 Octo-

bre 1942 ces vertiges ont disparu et l'audition est restée la même que lors de l'examen précédent.

La mastoïdectomie élargie a réalisé la cure chirurgicale « a minima » de cette otorrhée.

Observation N° 10

H. Raymond. Entré le 6 Avril 1942 pour otite suppurée gauche. Le début remonte à il y a six mois. Après des manœuvres le malade a souffert de l'oreille gauche, puis un écoulement est apparu.

Il n'a pas d'autre passé auriculaire, mais a toujours présenté des rhinites fréquentes.

Examen du malade

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	1 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	—————>	
» de Rinne :	+ 40"	— 12"
» de Schwabach :	20"	28"

Le malade ne se plaint ni de bourdonnements ni de vertiges.

Oreille droite : le tympan est normal.

Oreille gauche :

On note une perforation centrale qui laisse sourdre du pus par saccades. La mastoïde gauche est sensible à la pression. Déviation de la cloison nasale à gauche. Le cavum est normal. Le malade est traité par des pulvérisations d'acide borique et la désinfection de son rhino-pharynx. La radiographie montre un voile de la mastoïde gauche avec disparition des cloisons inter-cellulaires.

Le 15 Mai 1942, le tympan de l'oreille gauche est cicatrisé. Mais le malade accuse une sensation de tension mastoïdienne.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	2 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m

	O. D.	O. G.
Epreuve de Weber :	→	
» de Rinne :	+ 25 "	— 15 "
» de Schwabach :	20 "	25 "

La réapparition de l'écoulement et la persistance de la tension mastoïdienne déterminent à pratiquer une intervention chirurgicale le 5 Juin 1942. Elle est pratiquée sous anesthésie de base + anesthésie locale ; mastoïdectomie élargie.

Ouverture de la mastoïde par le carré d'attaque. La mastoïde est scléreuse. On explore les groupes superficiels et on résèque l'apex sans rencontrer de lésion d'ostéite. L'antre est petit et rempli de fongosités. L'aditus est élargi par le processus d'ostéite raréfiante. On y trouve également des fongosités. On effectue la résection de la paroi externe de l'aditus. On atteint ensuite l'attique qu'on laisse intact.

Poudre de septoplix dans la cavité. Mèche.

Les suites opératoires sont très bonnes. Le tympan est cicatrisé en trois semaines, et le malade sort le 28 Juillet 1942 avec l'audition suivante :

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	1 ^m
Voix haute :	5 ^m	4 ^m 50
Epreuve de Weber :	→	
» de Rinne :	+ 40 "	=
» de Schwabach :	15 "	15 "

Dans ce cas également la mastoïdectomie élargie a suffi à guérir une otorrhée dont les lésions d'ostéite avaient épargné l'attique et les osselets. Comme dans l'observation précédente, la cicatrisation du tympan n'a pas tardé à se faire.

Observation N° 11

L... Entré le 5 Juillet 1941. Le malade entre pour otorrhée chronique bilatérale, l'affection aurait débuté il y a deux ans et demi dans le sud-tunisien. Il fut alors hospitalisé, mais la suppuration des deux oreilles n'en persiste pas moins depuis cette époque.

Oreille droite

Le tympan est détruit dans son quadrant postéro-supérieur ; le reste est accolé à la paroi externe de la caisse. La courte apophyse est saillante.

Oreille gauche

Perforation centrale.

Les deux oreilles présentent une suppuration discrète et peu fétide. Les fosses nasales et le cavum sont sensiblement normaux.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	0 ^m 30	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 5"	— 10"
» de Schwabach :	12"	18"

Le 27 Juillet 1941, le malade accuse une douleur sourde dans la région mastoïdienne droite dont le bord postérieur est devenu douloureux à la pression. *La radiographie* de cette mastoïde montre une mastoïde scléreuse. Le 7 Août 1941, une intervention chirurgicale est pratiquée sur cette oreille : mastoïdectomie élargie. L'exploration de tous les groupes cellulaires ne montre pas de foyers d'ostéite ni de pus. On résèque la paroi externe de l'aditus jusqu'à l'attique. Curettage. Poudre septoplax. Drains de caoutchouc.

Les suites opératoires sont normales et le 1^{er} Octobre 1941 la plaie opératoire de l'oreille droite est cicatrisée depuis plusieurs jours.

On note la persistance d'un léger suintement de la caisse à la partie supérieure. Le tympan gauche est cicatrisé : sa perforation centrale est obstruée.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	3 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	+ 5"	+ 15"
» de Schwabach :	22"	20"

L'élévation de la limite de perception de la voix chuchotée.

tée est accompagnée de l'élévation parallèle du Rinne qui, de négatif, redevient positif.

En dépit d'une perforation postéro-supérieure du tympan il n'y avait pas de lésion d'ostéite grave de l'attique.

Observation N° 12

P... Gilbert. Entré le 12 Juillet 1941. Le malade entre pour otorrhée droite datant de 3 ans. Antécédents : otites dans l'enfance.

Examen

Oreille droite

On note une importante perforation postéro-supérieure du tympan avec écoulement purulent.

Oreille gauche

Tympan cicatriciel.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	+ 15"	+ 18"
» de Schwabach :	18"	18"

Le malade est traité par des lavages de l'attique à la canule de Hartmann. Le 14 Août 1941, intervention chirurgicale : *mastoïdectomie élargie*. La trépanation mastoïdienne est pratiquée par le carré d'attaque classique. Les zones sous-antrale et atticale sont saines. A la place de l'antra on tombe sur le sinus latéral superficiel et très proéminent. On pratique l'abrasion du rebord postéro-supérieur du conduit comme pour un évidement pétro-mastoïdien. L'antra est découvert haut situé, au-dessus d'une horizontale tangente au bord supérieur du conduit. L'antra et les cellules péri-antrales sont emplies de fongosités ; l'aditus aussi. On pratique l'abrasion de la paroi externe de l'aditus qui est le siège d'ostéite. Curettage, poudre exoseptoplix, drain.

Le 1^{er} Octobre 1941, la plaie opératoire est cicatrisée. La

caisse de l'oreille droite est sèche. La perforation postéro-supérieure persiste.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	3 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	←	
» de Rinne :	— 7"	+ 20"
» de Schwabach :	22"	20"

Observation N° 13

B., Maurice entré le 10 Juillet 1941.

Antécédents : le malade présente une otorrhée chronique gauche depuis l'âge de huit ans.

Oreille gauche

On observe un écoulement fétide par une importante perforation postéro-supérieure du tympan avec polypes de la caisse.

Oreille droite : normale.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	4 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	→	
» de Rinne :	+ 25"	+ 5"
» de Schwabach :	13"	17"

Le malade est traité par des cautérisations des granulations au chlorure de zinc à 1 p. 10 et par des instillations d'alcool boriqué. Désinfection rhino-pharyngée. *Radiographie* des mastoïdes : mastoïde droite normale, mastoïde gauche opaque. Pas de cellules visibles.

Après un épisode d'angine aiguë le malade présente le 6 Octobre 1941 le même état. Le 21 Octobre 1941, une intervention chirurgicale est pratiquée sous anesthésie générale : *mastoïdectomie élargie*. On trépane la mastoïde, on explore tous les groupes cellulaires, l'apex est réséqué. On ne trouve pas de foyer d'ostéite en dehors de l'antre qui est rempli de fongosités purulentes. On pratique la résection de

la paroi postérieure du conduit auditif avec conservation du cadre tympanal. On résèque également la paroi externe de l'aditus et la partie postérieure du mur de la logette jusqu'aux osselets qui sont conservés; curettage de l'aditus. Poudre de dagénan dans la cavité d'évidement, suture de la moitié supérieure de l'incision. Drainage aux crins. Les suites opératoires immédiates sont excellentes.

Le 20 Novembre 1941, la plaie opératoire est presque fermée. On note une suppuration discrète par la perforation. Le malade accuse des vertiges. Il a l'impression de tomber lorsqu'il est couché sur l'oreille gauche. Pas de vertiges de position. Weber latéralisé à gauche. Le Rinne est positif à l'oreille droite et négatif à l'oreille gauche.

Les jours suivants, les vertiges disparaissent.

Un mois après, la suppuration est persistante, on note des bourgeons dans la perforation, on pratique des attouchements au Bonain et au chlorure de zinc à 1 p. 10. Le 30 Janvier 1942, l'oreille gauche est sèche depuis quatre jours.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	4 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m

Le 9 Février 1942, on note une reprise de l'écoulement de l'oreille gauche. Le pus apparaît par la pression du pavillon au bord supérieur du tragus. Il y a une rétention de pus dans la cavité d'évidement en arrière de la paroi postérieure du conduit membraneux. Le malade est traité par l'alcool boriqué et l'on effectue deux lavages à la canule de Hartmann.

Un mois après, l'oreille gauche qui s'était asséchée présente une reprise de l'écoulement qui nécessite un écouvillonnage de la cavité de rétention au sulfate de zinc à 1 p. 50 deux fois par semaine.

Le 5 Avril 1942, l'oreille gauche est sèche et l'acuité auditive à la voix chuchotée est de 4 mètres. Le malade a été réhospitalisé en Septembre 1942 pour une reprise de l'écoulement de l'oreille gauche. La suppuration est discrète et

peu fétide. L'acuité auditive à la voix chuchotée s'est maintenue à 4 m.

Cette observation est à la limite de la mastoïdectomie élargie et de l'évidement antro-attical : les osselets ont été conservés. Revue près d'un an plus tard, la suppuration de l'oreille persistait ; mais discrète et peu fétide, elle constituait une gêne et non un danger pour le malade. D'autre part le succès est total au point de vue fonctionnel : la limite de perception de la voix chuchotée ne s'était pas abaissée.

Observation N° 14

R... Daniel. Entré le 19 Décembre 1941. Le malade présente une otite moyenne suppurée gauche dont le début remonte à trois mois. Il a été évacué de St-Raphaël en vue d'un évidement pétro-mastoïdien.

Antécédents : Il avait présenté pendant 15 jours en juillet 1940 une otite moyenne aiguë gauche.

Examen à l'entrée :

La température du malade est de 37° 1. Il se plaint d'une griffe temporale gauche intermittente.

Oreille gauche : On note une suppuration abondante crémeuse par une perforation centrale du tympan. La mastoïde n'est pas douloureuse spontanément, mais on réveille une douleur à la pression de l'apex et du bord postérieur.

Oreille droite : Le tympan est cicatriciel et mince.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	4 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m
Epreuve de Weber :	—————>	
» de Rinne :	+ 10"	+ 5"
» de Schwabach :	33"	40"

Les fosses nasales et le rhino-pharynx sont normaux. La radiographie des mastoïdes montre des mastoïdes très pneumatisées. La mastoïde gauche est voilée et ses cloisons inter-cellulaires sont détruites.

Diagnostic : Mastoïdite chronique gauche.

Le 7 Janvier 1942, une mastoïdectomie est pratiquée sous anesthésie locale. Les lésions d'ostéite intéressent tous les groupes cellulaires. On ne touche pas à l'aditus. Poudre de dagénan dans la cavité osseuse. La suppuration de la caisse persiste pendant 40 jours. Le 19 Février 1942, la caisse est sèche. On note la persistance de la perforation centrale.

	O. D.	O. G.
Voix chuchotée :	5 ^m	5 ^m
Voix haute :	5 ^m	5 ^m

Revue un mois plus tard la caisse du malade est toujours sèche et l'audition est toujours la même.

Cette dernière observation est celle d'une otorrhée ne s'accompagnant pas de lésion de l'aditus. L'opérateur qui s'est laissé guider par les lésions a limité son opération à une simple mastoïdectomie qui a suffi à guérir le malade.

Conclusions

1° — Les opérations mutilantes telles que *l'évidement pétro-mastoïdien total* semblent devoir être réservées aux cas d'urgence où la vie du malade est menacée ou en cas de paralysie faciale.

2° — Les *évidements antro-atticaux*, suivant la technique de Ramadier :

- a) Mettent le malade à l'abri de complications ultérieures ;
- b) Réalisent souvent l'assèchement de la suppuration qui perd toujours, en tous cas, ses caractères de fétidité et de purulence.
- c) L'audition est quelquefois inchangée ; plus souvent on note une amélioration durable, principalement en ce qui concerne la voix chuchotée, avec un Rinne qui s'élève parallèlement pour redevenir même positif.
- d) L'exérèse des osselets n'entraîne pas de diminution fonctionnelle : dans l'observation n° 6 en particulier, l'enclume a été enlevée, quoique légèrement atteinte, et l'amélioration de l'audition a cependant été très nette.
- e) La complication cholestéomateuse qui n'envahit pas l'atrium n'est pas un obstacle à l'évidement antro-attical : sur les quatre observations présentées à ce sujet, deux sont des cas avec cholestéatome développé dans l'antre et l'aditus postérieur. De plus dans un de ces deux cas le résultat fonctionnel a été remarquablement bon (*Observation N° 8*).

3° — *Les mastoïdectomies élargies* constituent des opérations de choix dans tous les cas où les lésions ostéitiques n'ont pas gagné l'attique. Elles réalisent la mise à plat du foyer de suppuration antrale. Le trajet fistuleux ne tarde pas à se cicatriser spontanément. Elles amènent souvent une amélioration sensible de l'audition.

4° — Ces interventions traduisent la ligne de conduite de l'opérateur : « se laisser guider par les lésions, se limiter aux lésions ». L'observation n° 14 est un exemple de cette règle où l'aditus qui était intact a été respecté par le chirurgien.

5° — Du point de vue militaire, évidemment antro-atticaux et mastoïdectomies élargies sont des opérations qui évitent de créer chez le malade une surdité incompatible avec le service armé ou une infirmité gênante qui ne pourra se concilier avec la vie militaire, surtout en milieu colonial.

Elles permettent par conséquent de maintenir ces malades dans le service armé et de pouvoir les remettre en campagne sans risques de complications ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Rappel historique	9
Observations {	
I. — 1 ^{re} catégorie d'observations.	18
II. — 2 ^e catégorie d'observations.	24
III. — 3 ^e catégorie d'observations.	33
Conclusions	43

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Le Traitement chirurgical conservateur des otites moyennes chroniques suppurées

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 Avril 1943.

Le Professeur,
TERRACOL.

Vu :

Montpellier, le 15 Avril 1943.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 Avril 1943.

P. Le Recteur,
Le Doyen Délégué,
P. MATHIAS.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Achevé d'imprimer le 10 Mai 1943
par l'Imprimerie Spéciale des Editions Demailly.

